ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме
территориальной программы обязательного медицинского страхования
Карачаево-Черкесской Республики на 2025год

27.01.2025г.

Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики в лице заместителя министра здравоохранения Кипкеевой Т.У., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики в лице директора Джанкезова А.С., филиал Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г.Черкесске в лице директора Гочияева Б.Х-А., Карачаево-Черкесская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Тебуева А.М., Некоммерческое партнерство «Медицинская палата КЧР» в лице председателя Хунова З.Д., в соответствии с протоколом Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике от 27.01.2025 года №1, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг, оказываемых в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики на 2025 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем:

I. Общие положения

Статья 1. Основания заключения Тарифного соглашения

Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

1. Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

2. Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон №326-ФЗ);

3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026-2027 годов» (далее - ПГГ РФ);

4. Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций

из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов
Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462);

5. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС);

6. Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации);

7. Постановлением Правительства Карачаево-Черкесской Республики «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 и на плановый период 2026 и 2027 годов в Карачаево-Черкесской Республике» (далее - ТПГГ КЧР);

8. Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (Перечь ЖНиВЛП), устанавливаемым в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

9. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

10. Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Требования).

Статья 2. Предмет Тарифного соглашения

1. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС (далее - тариф) на территории Карачаево-Черкесской Республики.

2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций,

участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно - СМО, МО), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

3. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает общие принципы и порядок формирования тарифов, формирование затрат в тарифах, порядок и условия применения тарифов, в том числе порядок урегулирования разногласий, возникающих при формировании и применении тарифов, общие требования к формированию информации об оказанной медицинской помощи и тарифы на соответствующий финансовый год.

4. Настоящее Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Карачаево-Черкесской Республики лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную МО, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

Статья 3. Стороны Тарифного соглашения

На основании статей 30 и 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами Тарифного соглашения являются Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики, филиал Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г. Черкесске, Карачаево-Черкесская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения, Некоммерческое партнерство «Медицинская палата КЧР» в лице уполномоченных представителей.

Статья 4. Основные термины, понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении

1. Случай госпитализации - случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;

2. Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

3. Базовая ставка (БС) - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПГГ КЧР;

4. Коэффициент относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по КСГ (КЗ) - коэффициент отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к БС;

5. Коэффициент уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи (КУС) - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, отражающий разницу в затратах медицинских организаций на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий;

6. Коэффициент специфики (КС) – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

7. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

8. Коэффициент дифференциации (КД) - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462 (установлен в размере 1,02);

9. Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее - УЕТ) - норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи. УЕТ применяется для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

10. Посещение - это контакт пациента с врачом или медицинским работником, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (постановка диагноза, назначение лечения, записи динамического наблюдения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

К посещениям относятся случаи обращения застрахованных лиц в МО, не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иных патологий, в том числе:

- комплексные посещения с профилактическими целями центров здоровья;

-комплексные посещения школ для больных с хроническими заболеваниями;

-комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений), (за исключением 1-го посещения);

-комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров;

-комплексные посещения для проведения диспансеризации, в том числе углубленной;

-комплексные посещения для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

-посещения с иными целями:

посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

разовые посещения в связи с заболеваниями;

посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами.

11. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает

выздоровление, улучшение, направление пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемой Минздравом России (далее – Талон).

II Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Карачаево-Черкесской Республики

Статья 5. Сведения о применяемых способах оплаты медицинской помощи

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских

пунктов) с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в МО, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной МО (в том числе по направлениям, выданным иной МО), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной МО;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных МО (структурных подразделениях):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения МО в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 ПГГ РФ, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико - статистические группы заболеваний;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико--статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к ПГГ РФ, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц).

Перечень МО, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в разрезе условий оказания медицинской помощи и способы оплаты, применяемые для оплаты медицинской помощи приведены в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

III Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Статья 6. Расходы, включенные в структуру тарифов

1. Расходы, включенные в структуру тарифов в рамках базовой программы ОМС, определяются ч.7 ст.35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ПГГ РФ и приказом МФ РФ от 29.11.2017 №209н (в актуальной редакции).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Прочие расходы детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18,23.1 и 165 Бюджетного кодекса РФ.

2. Использование средств ОМС МО на финансирование медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, на возмещение затрат, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, является нецелевым и подлежит восстановлению в доход бюджета

Территориального фонда ОМС, в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона №326-ФЗ.

3. МО формируют учетную политику в соответствии с установленной Федеральным законом обязанностью ведения раздельного учета доходов и расходов по операциям со средствами ОМС и иными средствами.

4. Возмещение расходов МО по выплате заработной платы и расходов по другим статьям, включенным в территориальные нормативы финансовых затрат, в случае невыполнения МО объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Карачаево-Черкесской Республике (далее – Комиссия), не является обязательством системы ОМС.

Статья 7. Общие принципы оплаты медицинской помощи и порядок формирования тарифов

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС на территории КЧР, осуществляется в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами, регулирующими порядок оплаты медицинской помощи из средств ОМС, настоящим Тарифным соглашением, иными утвержденными в установленном порядке нормативными правовыми актами, регулирующими правоотношения в сфере ОМС, а также в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2. Оплата медицинской помощи производится с учётом результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведённого в соответствии с Порядком контроля, на основании реестров счетов и счетов на оплату, предъявленных медицинскими организациями, в сроки и на условиях, установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Медико-экономический контроль превышения размера финансового обеспечения распределенного объёма предоставления медицинской помощи проводится ежемесячно, при этом превышение объёма финансового обеспечения определяется исходя из одной двенадцатой части от установленных медицинской организации объёмов финансового обеспечения и количества истекших месяцев нарастающим итогом с начала финансового года.

3. Порядок формирования тарифа по ОМС устанавливается в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Статья 8. Тарифы и основные подходы к оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

1. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров (включая скрининговые исследования на выявление гепатита С), диспансеризации, включая углубленную диспансеризацию, диспансеризацию мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья и диспансерного наблюдения взрослого населения осуществляется в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке» (зарегистрировано в Минюсте России 07.07.2021г. №64157), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855), от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964), от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288), от 04.06.2020 г. №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», приложением 6 к ПГГ РФ, Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от

29.03.2024г. и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими мероприятиями Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

В рамках перечня мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий, включая меры по профилактике распространения гепатита С, в структуре норматива объема и норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях по посещениям с иными целями выделен отдельный норматив для диагностических (лабораторных) исследований с целью выявления вирусного гепатита С (приложение 2 к настоящему Тарифному соглашению).

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и методика их оценки, установлены в приложении 24 к настоящему Тарифному соглашению. Доля средств, направляемых на выплаты МО в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, составляет **7,00** процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению 5 к ПГГ РФ.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется:

- в рамках I этапа углубленной диспансеризации – за комплексное посещение в сочетании с оплатой за единицу объема оказания медицинской помощи, включающее исследования и медицинские вмешательства, в соответствии с приложением 5 ПГГ РФ;
- в рамках II этапа углубленной диспансеризации – за единицу объема оказания медицинской помощи, включающей исследования и медицинские вмешательства в соответствии с приложением 5 ПГГ РФ.

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации определены в соответствии с объемом медицинских исследований по Методике расчета тарифов на

оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил ОМС (далее – Методика расчета тарифов).

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также тарифы с учетом работы в выходные дни, использования мобильных медицинских бригад с применением передвижного медицинского комплекса), тарифы II этапа диспансеризации, установлены приложением 3 и приложением 4 к настоящему Тарифному соглашению. Тарифы на оплату углубленной диспансеризации приведены в таблице 1 приложения 5 к настоящему Тарифному соглашению.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста, поэтапно, в зависимости от возрастных групп, одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению 6 к ПГГ РФ. Тарифы на оплату диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин приведены в таблице 2 приложения 5 к настоящему Тарифному соглашению.

При невозможности проведения всех исследований в МО, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником МО, к которой прикреплен гражданин, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную МО, в том числе федеральную МО. В случае отсутствия в МО, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача- хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная МО привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных МО (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации. Давность осмотров у несовершеннолетнего не должна превышать трех

месяцев с даты фактического осмотра врача-специалиста, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2-х лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами, давность которых не превышает одного месяца с даты осмотра врача-специалиста.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным Министерством здравоохранения РФ.

2. Порядок направления на отдельные диагностические (лабораторные) исследования устанавливается нормативно-правовым актом Министерства здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, при наличии медицинских показаний.

Медицинской организации, оказавшей данное исследование, в реестре счета необходимо указать информацию о МО, выдавшей направление и дате направления.

Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований установлены в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинских услуг, связанных с проведением ПЭТ/КТ, рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на основе нормативов финансовых затрат, установленных ПГГ РФ, с применением КД к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа в размере 21,44%.

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), осуществляется в случае:

наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного

заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;

наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста МО).

Определение наличия вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), учитывается в нормативе объема обращений в связи с заболеваниями в рамках подушевого норматива финансирования обеспечения амбулаторной медицинской помощи.

Тариф на определение наличия вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов) для межтерриториальных и межучрежденческих расчетов приведен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Оплата посещений школы сахарного диабета осуществляется за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета и проверку дневников самоконтроля:

- для пациентов с сахарным диабетом 1 типа - 5 занятий по 4 часа;
- для пациентов с сахарным диабетом 2 типа - 5 занятий по 3 часа;
- дети и подростки с сахарным диабетом - 10 занятий по 2 часа.

Тарифы комплексного посещения в расчете на одного пациента по школам пациентам с хроническими заболеваниями и центрам здоровья установлены в приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень услуг и время оказания медицинской помощи взрослому населению центрами здоровья представлены ниже.

Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни (ЗОЖ), рекомендация индивидуальной программы здорового питания

Код услуги	Мероприятие	Время (мин.)

A0116105	Индивидуальное посещение с профилактическими целями центров здоровья	
A0116105.1	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования	25
A0116105.2	Анкетирование пациента по теме ЗОЖ	10
A0116105.3	Анкетирование пациента по вопросам питания	10
A0116105.4	Проведение биоимпедансометрии	3
A0116105.5	Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии)	2
A0116105.6	Проведение динамометрии	2
A0116105.7	Проведение исследования при помощи смокелайзера	3
A0116105.8	Проведение спирометрии	3
A0116105.9	Проведение пульсоксиметрии/применение ангиоскана	2
A0116105.10	Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение	10
A0116105.11	Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение	10
A0116105.12	Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением	10

Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания с применением телемедицинских технологий

Код услуги	Мероприятие	Время (мин.)
A0116106	Индивидуальное посещение с профилактическими целями центров здоровья с применением телемедицинских технологий	
A0116106.1	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования	30
A0116106.2	Анкетирование пациента по теме ЗОЖ	10
A0116106.3	Анкетирование пациента по вопросам питания	10
A0116106.4	Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение	10
A0116106.5	Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение	10
A0116106.6	Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением	10

Групповое углубленное профилактическое консультирование в центре здоровья для взрослых, в том числе с применением телемедицинских технологий

Код услуги	Мероприятие	Время (мин.)
A0116107	Групповое посещение с профилактическими целями центров здоровья для взрослых, в том числе с применением телемедицинских технологий	
A0116107.1	Проведение врачом/фельдшером группового углубленного профилактического консультирования	30

4. Медицинская реабилитация, порядок организации которой утвержден приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, от 31 июля 2020 г. № 788н (для взрослых) от 23 октября 2019 г. № 878н (для детей), осуществляется МО или иными МО, имеющими лицензию на медицинскую деятельность с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация включает, в том числе, продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более) для пациентов ветеранов боевых действий, принимавших участие (содействовавших выполнению задач) в специальной военной операции на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики и Украины с 24 февраля 2022 г., на территориях Запорожской области и Херсонской области с 30 сентября 2022 г., уволенным с военной службы (службы, работы).

Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача, консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Оплата обращения по заболеванию при оказании по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение, включающее не менее 10 посещений.

5. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений, осуществляется за счет других

источников финансирования (кроме средств ОМС).

Для учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца принимается за одно обращение (в среднем 12,5 процедур).

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года).

Для расчета услуг различных методов диализа, к установленному настоящим Тарифным соглашением базовому тарифу на оплату гемодиализа (без учета коэффициента дифференциации), рассчитанному в соответствии с Методикой расчета тарифов, включающему в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ, применяются установленные Методическими рекомендациями коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициент дифференциации к стоимости услуги с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи (40%) (Приложение 2 к настоящему Тарифному соглашению)

6. Для оплаты стоматологической медицинской помощи, единицей объема следует считать посещение с профилактической и иными целями, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта при одном посещении, для чего вводится условное понятие «стоматологическое посещение с лечебной целью». Законченный случай (обращение, стоматологическое посещение с лечебной целью) оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость, оказанных стоматологических лечебно-диагностических услуг врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения.

Стоматологическая лечебно-диагностическая услуга предъявляется к оплате в случае, если соответствующая медицинская услуга не является составляющей частью оказанной пациенту комплексной медицинской услуги - приема (осмотра, консультации) врача-стоматолога или зубного врача.

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах

трудоемкости (УЕТ) установлен в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Кратность УЕТ в одном посещении с профилактическими и иными целями по стоматологии (выдача справок и иных медицинских документов и др.) устанавливается в размере 1,3 - взрослые и 1,6 – дети.

Кратность УЕТ в одном стоматологическом посещении с лечебной целью устанавливается в размере 6,0.

Учитывая время на оказание одной УЕТ врачом (10 минут), максимальное количество УЕТ в одном стоматологическом посещении с лечебной целью не может превышать 17, кроме медицинских услуг оказанных по профилю ортодонтия. В случае превышения, оплата производится после проведения контрольно- экспертных мероприятий.

Для учета объема стоматологических обращений количество стоматологических посещений с лечебной целью делится на коэффициент 2,3 для взрослых и 2,97 - для детей.

Учет посещений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получившего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Ведется медицинская карта стоматологического больного (Ф-043/у), в которой отражается объем и коды выполненных стоматологических медицинских услуг в УЕТ, клинический диагноз с указанием номера зуба с патологией.

7. Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Порядок оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий на территории КЧР определен МЗ КЧР.

Затраты консультирующих МО и (или) структурных подразделений МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий учитываются в коэффициенте уровня оказания медицинской помощи.

Тариф на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов приведен в приложении 2 настоящего Тарифного соглашения.

8. Оплата медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами, с учетом соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации

(далее - Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи) осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Размеры финансового обеспечения структурных подразделений МО при условии их соответствия требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи составляют:

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, - 1 471,8 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей, - 2 943,5 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, - 3 499,2 тыс. рублей.

Значение коэффициента уровня, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО составляет:

- для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего свыше 2000 жителей - 1,5 от размера базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей;

- для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 100 жителей – 0,8 от размера базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей.

Значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи составляет для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, не соответствующего указанным требованиям - 0,2 от базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение соответствующего фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта.

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или

медицинской сестрой (в части проведения санитарно- гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско- акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

9. Перечень расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования определен в соответствии с приложением 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Консультирование медицинским психологом осуществляется по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период и включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

При невозможности проведения в МО, к которой прикреплен застрахованный гражданин, исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц, такие медицинские услуги оказываются в иных МО по направлению врача и оплачиваются в порядке, установленном в соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 7 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Перечень расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования определен в соответствии с приложением 26 к настоящему Тарифному соглашению.

10. Случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации пациента оплачиваются по тарифу неотложной помощи в условиях приемного отделения. Факт обращения пациента в приемное отделение должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025-1/у), оформленной в приемном отделении. Минимальным объемом медицинских услуг, обосновывающим выставление счета на оплату по тарифу неотложной помощи в условиях

приемного отделения, является осмотр врача приемного отделения (дежурного врача стационара) и выполнение не менее одного лабораторно-диагностического исследования или лечебного мероприятия.

11. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях ПНбаз и дифференцированных подушевых нормативов, в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования приведен в таблице 1 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению. Коэффициенты половозрастного состава приведены в таблице 2 приложения 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$ПНбаз = \left(\frac{ОСпнф - ОСрд}{Чз * СКДот * КД}\right),$$ где

ОСпнф — объем средств на оплату медицинской помощи по по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОС_{РД}$ — объем средств, направляемых МО в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;

СКДот — значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

КД — единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Параметр СКДот используется в целях сохранения сбалансированности ТП ОМС и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКД_{от} = \frac{\sum(КД^{i}_{от} \times Ч^{i}_{з})}{\sum(Ч^{i}_{з})},$$ где

$КД^{i}_{от}$ значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного для i- той МО.

12. Размеры средних подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по условиям ее оказания (без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами КЧР) приведены в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

13. Учет сведений о прикреплении застрахованных лиц по ОМС к МО осуществляется в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

Для определения месячного размера средств на подушевое финансирование учитывается численность прикрепленного застрахованного населения к МО на 01 число отчетного квартала.

14. Перечень фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, финансового обеспечения с учетом коэффициента дифференциации и информации о соответствии/ несоответствии требованиям, установленным МЗ РФ приведен в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

15. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную, или патронажную семью, а также детей-сирот, пребывающих в стационарных учреждениях и детей находящихся в трудной жизненной ситуации приведены в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, установлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

16. В реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, включаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

17. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи.

Стоимость i-той единицы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях определяется по следующей формуле:

$$С_{iамб} = БНФ_{об}{}_{амб} * kстоим_i, где$$

$БНФ_{об}{}_{амб}$ - размер базового норматива финансовых затрат на оплату единицы медицинской помощи;

$kстоим_i$ - относительный коэффициент стоимости i-той единицы медицинской помощи, установлены в приложении 6 (таблицы 1,2,3) к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, приведены в приложении 9,10,11 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи по УЕТ, установлены в приложении 15 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 9. Тарифы и основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ определяющие стоимость законченного случая лечения (кроме ВМП)

1. Формирование КСГ с учетом установленных критериев группировки, осуществляющего отнесение случаев к КСГ, а также особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного и дневного стационаров необходимо осуществлять в соответствии с Методическими рекомендациями.

2. Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

– заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

– социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного

иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

– услуг диализа, включающих различные методы.

3. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (особенности отнесения указанных случаев лечения к КСГ представлены в Методических рекомендациях).

4. Оплата прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного и дневного стационара.

К прерванным случаям относятся:

4.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

4.2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

4.3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4.4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

4.5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

4.6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом (за исключением случаев, закончившихся летальным исходом длительностью более 3 дней, которые оплачиваются в полном объеме при условии отсутствия иных оснований считать случай прерванным);

4.7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

4.8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 4.1 - 4.7 пункта 4 статьи 9) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

4.9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002-st37.003, st37.006-st37.007, st37.024-st37.031, ds37.017- ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с

длительностью лечения менее количества дней, определенных ПГГ РФ и Методическими рекомендациями.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

Перечень КСГ используемый при оплате случаев оказания медицинской помощи, в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Таблице 1.

Таблица 1

Круглосуточный стационар	
st02.001	Осложнения, связанные с беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)
st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st12.002	Кишечные инфекции, дети
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)

st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.163	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
st19.164	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
st19.165	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
st19.166	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
st19.167	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
st19.168	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
st19.169	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
st19.170	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
st19.171	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
st19.172	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
st19.173	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
st19.174	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
st19.175	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
st19.176	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
st19.177	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
st19.178	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
st19.179	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*

st19.180	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)*
st19.181	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)*
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st21.010	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)

st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.024	Радиойодтерапия
st36.025	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
st36.026	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
st36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
st36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
st36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*
st36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)*
st36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)*
st36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)*
st36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)*
st36.035	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)*
st36.036	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)*
st36.037	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)*
st36.038	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)*
st36.039	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)*
st36.040	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)*
st36.041	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)*
st36.042	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)*
st36.043	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и

	селективных иммунодепрессантов (уровень 16)*
st36.044	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)*
st36.045	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18)*
st36.046	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)*
st36.047	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)*
st36.048	Досуточная госпитализация в диагностических целях
Дневной стационар	
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования
ds19.135	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
ds19.136	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
ds19.137	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
ds19.138	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
ds19.139	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
ds19.140	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
ds19.141	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*

ds19.142	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
ds19.143	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
ds19.144	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
ds19.145	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
ds19.146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*
ds19.147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
ds19.148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14)*
ds19.149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15)*
ds19.150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)*
ds19.151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)*
ds19.152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18)*
ds19.153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19)*
ds19.154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 20)*
ds19.155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 21)*
ds19.156	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 22)*
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)

ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds21.008	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
ds36.012	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
ds36.013	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
ds36.015	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1)*
ds36.016	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2)*
ds36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3)*
ds36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4)*
ds36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5)*
ds36.020	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6)*
ds36.021	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7)*
ds36.022	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8)*
ds36.023	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9)*
ds36.024	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10)*
ds36.025	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11)*
ds36.026	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12)*
ds36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13)*
ds36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14)*
ds36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15)*
ds36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16)*
ds36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17)*
ds36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и

	селективных иммунодепрессантов (уровень 18)*
ds36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19)*
ds36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20)*
ds36.035	Лечение с применением методов афереза (каскадная плазмофильтрация, липидная фильтрация, иммуносорбция) в случае отсутствия эффективности базисной терапии

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

Законченный случай оказания медицинской помощи по КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения, не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенных в подпунктах 6.2-6.9 пункта 6 статьи 9, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 4.2-4.4 пункта 4 статьи 9.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, приведен в Приложении 25 к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее –20 % от стоимости КСГ, кроме случаев оказания медицинской помощи по КСГ st26.001 – 50% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 65% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпунктах 4.7 и 4.9 пункта 4 статьи 9, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

5. При выполнении лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше, схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, чем предусмотренные пунктом 4 статьи 9) в следующих случаях:

5.1. При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике»;

5.2. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 4 статьи 9):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 4.1 – 4.6 пункта 4 статьи 9.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 4 статьи 9) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Необходимо обязательное отражение в реестрах счетов сведений о количестве и стоимости введенного лекарственного препарата каждому пациенту, которое в 2025 г. не будет влиять на оплату медицинской помощи.

5.3. В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Методических рекомендациях, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

6. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

6.1. перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 4 данной статьи;

6.2. проведение медицинской реабилитации пациента после

завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

6.3. оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

6.4. этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

6.5. проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6.6. дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

6.7. наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

6.8. проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся

показанием к иммунизации;

6.9. проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

7. При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ формируемой по коду МКБ–10 либо по коду Номенклатуры, являющимися классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

8. Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

9. После оказания в МО высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации, в рамках специализированной медицинской помощи, оплачиваемой по соответствующей КСГ.

10. Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001–st37.013, st37.021–st37.031 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001–ds37.008, ds37.015–ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020г.№60039).

При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной Министерством здравоохранения КЧР. При оценке 4–5–6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

11. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Поправочные коэффициенты КУ, КСЛП, КС к стоимости диализа не применяются.

При оказании медицинской помощи с услугами диализа в амбулаторных условиях пациентам с хронической почечной недостаточностью в одной медицинской организации не допускается пересечение сроков со сроками оказания медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара другой медицинской организацией. При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за

счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

12. Процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) не проводится на территории КЧР и осуществляется в МО других субъектов РФ.

13. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией.

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи, поданной КСГ, также является лечение на геронтологической профильной койке, при наличии лицензии на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия».

14. Оплата случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

КСГ st12.015-st12.019 формируется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»–«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждой степени тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4) (с учетом выделенных на территории КЧР подгрупп), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого течения заболевания, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);
- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по

КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенном тарифным соглашением.

Обязательным условием для оплаты случаев лечения по КСГ st12.015-st12.019 является наличие сведений о пациенте в информационном ресурсе учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее - Регистр), предусмотренном постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 № 373. Данные о случае, внесенные в Регистр (даты лечения, диагнозы, степень тяжести, результат обращения и т.д.) должны соответствовать информации в реестрах счетов.

15. Особенности формирования КСГ st12.012 "Грипп, вирус гриппа идентифицирован".

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ-10 и кодов Номенклатуры. При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ st12.012) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай классифицируется в КСГ st12.010 "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые" или КСГ st12.011 "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети" в зависимости от возраста пациента. 2.4.12.

16. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной МО, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, в условиях стационара и дневного стационара, определяется на основе соответствующих нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС и приведен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

17. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых ПГГ РФ установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$ССксг = БС \times КД \times КЗксг \times КСксг \times КУСмо + БС \times КД \times КСЛП.$$

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев, в составе которых ПГГ РФ установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$ССксг = БС \times КЗксг \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КСксг \times КУСмо \times КД) +$$

$$+ БС \times КД \times КСЛП, \text{ где:}$$

$Д_{ЗП}$ –доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД).

КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ приводится в приложениях 16, 17 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара приведены в таблицах 5,6 приложения 6 настоящего Тарифного соглашения в соответствии с перечнем КСГ, приведенным в ПГГ РФ.

Базовая ставка круглосуточного стационара установлена в размере 32120,12 руб. (без КД) и 32762,52 руб. (с КД).

Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара приведены в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Базовая ставка дневного стационара установлена в размере 17622,00 руб. (без КД) и 17974,44 руб. (с КД).

Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара приведены в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

18. С учетом объективных критериев (разница в используемых энергоносителях, плотность населения обслуживаемой территории, монопрофильная медицинская организация, основанных на экономическом обосновании и расчетах, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, по каждому уровню могут выделяться подуровни оказания

медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара, с установлением коэффициентов по каждому подуровню. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для групп МО и (или) структурных подразделений МО определены в соответствии с Требованиями и приведены в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня МО определен в соответствии с Методическими рекомендациями.

19. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) применяется при наличии достаточных оснований и объективных причин увеличения стоимости оказанной пациенту специализированной медицинской помощи и в обязательном порядке отражается в реестрах счетов.

Обоснованность предъявления на оплату и формирования стоимости случая медицинской помощи с КСЛП подлежит обязательному экспертному контролю СМО, в том числе оценивается обоснованность применения коэффициентов.

В случае применения КСЛП при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболевания, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, проводится экспертиза качества медицинской помощи.

Случаи, для которых установлен КСЛП соответствуют Требованиям и Методическим рекомендациям, значения КСЛП приведены в Таблице 2.

Таблица 2

№ кода	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей инвалидов в возрасте до 18 лет)	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей инвалидов в возрасте до 18 лет), получающих медицинскую помощь по профилю "Детская онкология" и (или) "Гематология"	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации [1]	0,6

№ кода	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 1) [2]	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 2) [2]	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 3) [2]	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 4) [2]	2,07
10	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 5) [2]	3,49
11	проведение реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации)	0,15
14	проведении тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации	0,05
	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями, по схемам, определенным Методическими рекомендациями*:	
	в стационарных условиях:	
15	уровень 1	0,17
16	уровень 2	0,61
17	уровень 3	1,53
	в условиях дневного стационара:	
18	уровень 1	0,29
19	уровень 2	1,12
20	уровень 3	2,67

[1] – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Методическим рекомендациям, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

[2] – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Методическими рекомендациями

* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.163-st19.181; в условиях дневного стационара по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.135-ds19.156.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых (уровень 1-3)» не применяются.

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП приведен в Таблице 3.

Таблица 3

Код схемы	Уровень КСЛП*	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносумаб 1 день введения 120 мг	установленный клиренс креатинина <59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносумаб
supt03	2	Тоцилизумаб 1 день введения 8 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолатамофетил 30 дней	

		введения по 1 000 мг 2 раза в день	
supt08	1	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 5 мг/кг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 5 дней введения по 400 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин антитимоцитарный 3-5 дней введения по 1,5-5 мг/кг	

*-в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

Для случаев, не указанных в Таблице 3 Значение kслп = 0.

20. Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях МО, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу, в медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний. При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам, предусмотренным приложением 2 к настоящему Тарифному соглашению, для проведения межучрежденческих взаиморасчетов.

Статья 10. Тарифы и основные подходы к оплате ВМП

1. Оплата случая оказания ВМП осуществляется по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение

которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС по нормативу финансовых затрат на единицу объема оказания ВМП, с учетом применения коэффициента дифференциации к доле расходов на заработную плату в составе норматива финансовых затрат на единицу объема оказания ВМП, установленных ПГГ РФ.

2. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в ПГГ РФ.

3. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по тарифу соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Расчет тарифа на оплату ВМП осуществляется по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема ВМП, значения которых принимаются в соответствии с приложением №1 к ПГГ РФ.

Тарифы на оплату ВМП приведены в приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Статья 11. Тарифы и основные подходы к оплате скорой медицинской помощи

1. Законченный случай оказания скорой медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу вызова скорой медицинской помощи в зависимости от вида и профиля выездной бригады скорой медицинской помощи с учетом повода к вызову или его результата.

2. По тарифу вызова скорой медицинской помощи не оплачивается медицинская помощь, оказанная не идентифицированным (в том числе неопознанным) или не застрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с социально-значимыми заболеваниями или психиатрическими заболеваниями, дежурства выездных бригад скорой медицинской помощи на массовых мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях, безрезультативные (в том

числе ложные) вызовы, а также транспортировка пациентов.

3. Перечень расходов при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне МО, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне МО, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС.

4. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, в расчете на одно застрахованное лицо определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, приведен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС КЧР по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_{З} \times КД}$$

ОСв - объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне МО застрахованным в субъекте лицам за вызов (не выделяется);

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и дифференцированных подушевых нормативов финансирования с применением коэффициентов дифференциации представлены в таблице 1 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты половозрастного состава по скорой медицинской помощи приведены в таблице 2 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению. Численность застрахованных лиц, обслуживаемых МО,

представлена в таблице 3 приложения 21 к настоящему Тарифному соглашению.

При расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи значение коэффициента уровня расходов медицинских организаций принимается равным 1.

6. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи оказанной вне МО за вызов приведены в приложении 20 к настоящему Тарифному соглашению.

В соответствии с ТПГГ КЧР, медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, ведут учет средств, предоставляемых на оплату скорой медицинской помощи за счет средств ОМС, а также учет расходов, включая расходы на оплату труда работников, оказывающих скорую медицинскую помощь. Направление средств, выделенных МО на оплату скорой медицинской помощи, на оплату расходов в целях оказания иных видов медицинской помощи не допускается.

IV Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Статья 12. Порядок применения неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты МО штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

1. ТФОМС КЧР и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

2. В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры,

предусмотренные статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи определяется в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

4.Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

С = Н + Сшт, где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

Сшт- размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 22 к настоящему Тарифному соглашению) (далее – Перечень) рассчитывается по формуле:

$$Н = РТ \times К_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$К_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в Перечне.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$Н = (РТ_1 - РТ_2) + РТ_2 \times К_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$РТ_1$ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$РТ_2$ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$К_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Перечнем.

5. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($С_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$С_{шт} = РП \times К_{шт},$$

где:

$С_{шт}$ - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив

финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, Перечня, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

Размеры подушевых нормативов финансирования в рамках базовой программы ОМС используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи указаны в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

$К_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в Перечне.

Средства от применения ТФОМС КЧР и СМО к МО санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, направляются на формирование нормированного страхового запаса в объеме и целях, предусмотренных ч.6 ст. 26 Федерального закона №326-ФЗ.

V. **Заключительные положения**

Статья 13. Срок действия Тарифного соглашения и порядок внесения в него изменений

1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания уполномоченными представителями сторон и распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01 января 2025 года в сфере обязательного медицинского страхования на территории Карачаево-Черкесской Республики.

2. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования.

3. Настоящее Тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в части по инициативе не менее одной трети членов Комиссии.

Инициаторы внесения изменений или дополнений в настоящее Тарифное соглашение, не позднее чем за 15 рабочих дней до предлагаемого срока внесения изменений, направляют мотивированное предложение секретарю Комиссии, который обеспечивает его направление иным членам Комиссии либо оглашают свои предложения на заседании Комиссии с предоставлением членам Комиссии проекта изменений.

Рассмотрение предложений о внесении изменений в настоящее Тарифное соглашение организует председатель Комиссии.

4. Изменения в настоящее Тарифное соглашение оформляются протоколом Комиссии и подписываются уполномоченными представителями организаций, представленных в составе Комиссии, и участвовавших в разработке настоящего Тарифного соглашения.

5. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника финансового обеспечения затрат.

Статья 14. Порядок урегулирования разногласий

1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего Тарифного соглашения, любой участник системы обязательного медицинского страхования вправе обратиться в Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики и ТФОМС КЧР для разъяснений.

2. При не урегулировании участниками обязательного медицинского страхования на территории Карачаево-Черкесской Республики разногласий в процессе переговоров, споры разрешаются в Арбитражном суде Карачаево-Черкесской Республики.

Статья 15. Правила оформления, опубликования и хранения Тарифного соглашения

1. Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр Тарифного
соглашения хранится в Министерстве здравоохранения КЧР, другой в ТФОМС КЧР. Изменения к настоящему Тарифному соглашению принимаются решением Комиссии, подписываются представителями сторон и составляются в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр изменений хранится в МЗ КЧР, другой в ТФОМС КЧР.

2. Настоящее Тарифное соглашение и изменения к нему подлежат хранению по правилам организации государственного архивного фонда.

3. Тарифное соглашение и изменения к нему подлежат опубликованию на официальных сайтах Министерства здравоохранения КЧР и ТФОМС КЧР.

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Заместитель Министра здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики
_____ Т.У. Кишкеева
_____ 2025 года

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Карачаево-Черкесской Республики
_____ А.С. Джанкезов
_____ 2025 года

Директор филиала Акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М») в г. Черкесске
_____ Б. Х-А. Гочияев
_____ 2025 года

Председатель Некоммерческого партнерства «Медицинская палата КЧР»
_____ З.Д. Хунов
_____ 2025 года

Председатель Карачаево-Черкесской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения
_____ А.М. Тебуев
_____ 2025 года